



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO / ASSISTITO

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita dalla ASST _____ ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art.4 lett. d) del citato D. Lgs. 196/2003, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" e richiamati dall'art. 9 del REG. UE 679/2016

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

L'ASST _____ al trattamento dei propri dati personali in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali così come indicato nell'informativa.

Data ____/____/____ Firma _____

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

PER RICEVUTA:

Data ____/____/____ Firma _____